

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Permintaan Penetapan Kelayakan DDA
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Reapplication
DDA NUMBER:	

Informasi Pemohon			
NAMA DEPAN		INISIAL NAMA TENGAH	NAMA BELAKANG
			TANGGAL LAHIR
JENIS KELAMIN <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Tidak Diketahui / Tidak Dilaporkan	STATUS PERNIKAHAN <input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Berpisah <input type="checkbox"/> Pasangan diluar nikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	KEBUTUHAN KOMUNIKASI PEMOHON Juru Bahasa Diperlukan: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Menerjemahkan dokumen: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bahasa tulisan utama: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bahasa bicara utama: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Terbatas <input type="checkbox"/> Terbatas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Terbatas Bahasa bicara utama:	
			PENETAPAN SUKU
			NOMOR JAMINAN SOSIAL
			TINGKAT ATAU JENIS PENDIDIKAN TERTINGGI
KODE ETIK (PERIKSA SEMUA YANG BERLAKU) <input type="checkbox"/> Pribumi Amerika dan Alaska <input type="checkbox"/> Kulit Hitam Afrika atau Amerika <input type="checkbox"/> Kulit Putih <input type="checkbox"/> Orang Asia <input type="checkbox"/> Pribumi Hawaii / Kepulauan Pasifik Lainnya <input type="checkbox"/> Tidak dilaporkan			HISPANIK <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
PERAWATAN MEDIS <input type="checkbox"/> Ya; jenis: <input type="checkbox"/> Tidak Asuransi lainnya:		SITUASI RUMAH YANG DIGUNAKAN PEMOHON <input type="checkbox"/> Panti Jompo <input type="checkbox"/> Panti asuhan <input type="checkbox"/> Fasilitas Pemasarakatan / Penjara <input type="checkbox"/> Fasilitas Pengasuhan <input type="checkbox"/> Tidak punya rumah <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Rumah sakit, jiwa <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input type="checkbox"/> Rumah kerabat <input type="checkbox"/> Rumah milik sendiri <input type="checkbox"/> Rumah orang tua	
ALAMAT RUMAH		KOTA	NEGARA BAGIAN
			KODE POS
		NEGARA TEMPAT TINGGAL	
ALAMAT SURAT MENYURAT (JIKA BERBEDA)		KOTA	NEGARA BAGIAN
			KODE POS
		WASHINGTON ADALAH ALAMAT RUMAH YANG TERCATAT OLEH MILITER <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
NOMOR TELEPON UTAMA () -	<input type="checkbox"/> TELEPON SELULAR <input type="checkbox"/> RUMAH <input type="checkbox"/> KANTOR <input type="checkbox"/> SMS	NOMOR TELEPON LAINNYA () -	<input type="checkbox"/> TELEPON SELULAR <input type="checkbox"/> RUMAH <input type="checkbox"/> KANTOR <input type="checkbox"/> SMS
		ALAMAT EMAIL	
DAFTAR RIWAYAT SEKOLAH DAN TANGGAL MASUK			
KATAKAN PADA KAMI ALASAN PERMOHONAN ANDA			
DISABILITAS PERKEMBANGAN DAN USIA PERTAMA TERAMATI Usia pertama didiagnosa: <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Kondisi Kromosom <input type="checkbox"/> Keterlambatan Perkembangan		PERMOHONAN PELAYANAN PENYEDIAAN DISABILITAS Apakah pemohon telah mengajukan permohonan Tunjangan Disabilitas Jaminan Sosial, Bantuan Sosial Tambahkan, atau Bantuan Medis Non-Hibah DSHS pada tahun lalu? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Disabilitas Intelektual <input type="checkbox"/> Kondisi neurologis			
Informasi Perwakilan			
NAMA DEPAN		INISIAL NAMA TENGAH	NAMA BELAKANG
			BAHASA UTAMA
ALAMAT RUMAH		KOTA	NEGARA BAGIAN KODE POS
			Juru bahasa: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Terjemahan: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
NOMOR TELEPON UTAMA () -	<input type="checkbox"/> TELEPON SELULAR <input type="checkbox"/> RUMAH <input type="checkbox"/> KANTOR <input type="checkbox"/> SMS	NOMOR TELEPON LAINNYA () -	<input type="checkbox"/> TELEPON SELULAR <input type="checkbox"/> RUMAH <input type="checkbox"/> KANTOR <input type="checkbox"/> SMS
		ALAMAT EMAIL	
JENIS / PERAN HUBUNGAN		HUBUNGAN SECARA HUKUM (LAMPIRKAN DOKUMEN)	
		TINGGAL DENGAN PEMOHON <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
NAMA ORANG TUA LAINNYA			
Tanda Tangan			
TANDA TANGAN PEMOHON DEWASA			TANGGAL
TANDA TANGAN ORANG TUA ATAU PERWAKILAN HUKUM		TANGGAL	HUBUNGAN SECARA HUKUM

Permintaan Instruksi Penentuan Kelayakan DDA

Daftar Lampiran yang diperlukan Aplikasi ini tidak dapat diterima tanpa lampiran yang diperlukan.

- Permohonan yang ditandatangani dengan semua bagian diisi.
- Menandatangani formulir HIPAA (Pemberitahuan Praktik Privasi).
- Persetujuan yang Ditandatangani untuk Menukar Informasi Rahasia - termasuk nomor telepon untuk semua kontak. Pemohon berusia 13 tahun atau lebih harus menandatangani.
- Jika ada perwakilan hukum, salinan kertas perwalian atau dokumen pengadilan lain yang menunjukkan otoritas.

Informasi Pemohon: Pemohon adalah orang yang meminta kelayakan DDA.

Nama pemohon: Tulis nama resmi pemohon. Jangan tulis nama panggilan.

Tanggal lahir: Masukkan bulan, hari, dan tahun lahir pemohon.

Jenis kelamin: Pilih jawaban yang paling sesuai atau tidak diketahui / tidak dilaporkan jika pemohon memilih untuk tidak menjawab pertanyaan ini.

Status Pernikahan Pemohon: Tunjukkan status pernikahan Anda saat ini.

Komunikasi: Tunjukkan metode komunikasi pemohon.

Jika pemohon membutuhkan penerjemah atau terjemahan korespondensi tertulis, beri centang pada kotak untuk menunjukkan YA.

Tunjukkan apakah pemohon berbicara, mengerti atau memiliki keterbatasan berbahasa Inggris.

Tulis dalam bahasa utama lisan dan tertulis atau metode komunikasi pemohon, termasuk American Sign Language (ASL) atau bahasa isyarat lain, Braille, atau jika pemohon menggunakan TDD atau perangkat komunikasi lainnya.

Penetapan Suku: Tulis penetapan suku pemohon, jika ada. Jika tidak, tulis "Tidak Ada."

Nomor Jaminan Sosial: Tulis Nomor Jaminan Sosial pemohon, jika ada.

Pendidikan: Tulis tingkat tertinggi atau jenis pendidikan yang dicapai oleh pemohon.

Kode Etik: Tunjukkan jawaban yang paling tepat menggambarkan etnis pemohon. **Hispanik:** Jika pemohon Hispanik, pilih YA.

Medicare: Jika pemohon menerima Perawatan Medis, pilih YA. Tuliskan jenis Perawatan Medis: A, B, C, D.

Asuransi lainnya: Masukkan nama rencana asuransi kesehatan lainnya (pemerintah atau swasta), jika berlaku.

Kedaaan Rumah Pemohon: Centang kotak yang paling sesuai dengan keadaan rumah pemohon saat ini.

Informasi Kontak: Tulis alamat tempat tinggal, alamat pos, dan nomor telepon pemohon saat ini.

Distrik Sekolah: Tulis distrik sekolah yang di mana pemohon bersekolah - sertakan nomor telepon untuk setiap distrik sekolah. Jika Anda ingin kami meminta catatan, distrik sekolah juga harus tercantum pada Persetujuan.

Alasan permohonan: Tulis alasan permohonan dan sebutkan layanan yang diinginkan oleh pemohon atau keluarga pemohon.

Disabilitas perkembangan: Tunjukkan satu atau lebih diagnosis untuk pemohon dan usia pemohon ketika pertama kali didiagnosa. Anda boleh menggunakan lebih dari selembarnya untuk menceritakan lebih banyak.

Permohonan Layanan Disabilitas: Tunjukkan apakah pelamar telah mengajukan untuk penyediaan layanan disabilitas dalam setahun terakhir. Misalnya permohonan Jaminan Sosial, Bantuan Sosial Tambahan atau Bantuan Medis Non-Hibah. Informasi ini dapat membantu kami menemukan data.

Informasi Perwalian: Nama dan informasi kontak seseorang yang akan dapat menghubungi pemohon atau memberi kami informasi kontak jika kami tidak dapat menghubungi pemohon. **Bahasa Utama:** Buat daftar bahasa dan tunjukkan jika dibutuhkan juru bahasa / terjemahan.

Jenis / Peran Hubungan: Tulis bagaimana perwalian mengenal atau berhubungan dengan pemohon.

Perwakilan Hukum: Tulis hubungan hukum jika ada. Seorang perwakilan hukum adalah orang tua dari seorang anak di bawah delapan belas yang berwenang untuk mengambil keputusan hukum; wali sah seseorang; wali seseorang yang terbatas di mana wali terbatas memiliki kewenangan atas keputusan perawatan kesehatan; pengacara di bidang hukum; pengacara pribadi (seseorang dengan kewenangan untuk membuat keputusan perawatan kesehatan); atau orang lain yang diberi wewenang oleh hukum untuk bertindak bagi orang yang bersangkutan. Dokumen hubungan hukum harus disertakan bersama permohonan.

Tanda Tangan Pemohon dan/atau Perwakilan Hukum Jika pemohon berusia di bawah 18 tahun, orang tua atau perwakilan hukumnya harus menandatangani dan menulis tanggal permohonan. Jika pemohon berusia 18 atau lebih, baik pemohon atau perwakilan hukumnya harus menandatangani dan menulis tanggal permohonan.

Serahkan permohonan dan lampiran yang diperlukan ke alamat kantor yang sesuai di bawah ini.

Kantor Pusat Wilayah 1 (Negara yang dilayani: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima)

1611 W INDIANA AVE

SPOKANE WA 99205-4221

Nomor Telepon Bebas Pulsa: 1-800-462-0624

Kantor Pusat Wilayah 2 (Negara yang dilayani: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302

LYNNWOOD WA 98036-3901

Nomor Telepon Bebas Pulsa: 1-800-788-2053

Kantor Pusat Wilayah 3 (Negara yang dilayani: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

Nomor Telepon Bebas Pulsa: 1-800-248-0949

Untuk informasi lebih lanjut tentang Kelayakan DDA, kunjungi <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.